

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937.

THÈSE

N°

147

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

SZLIOMA LIFSZYC

Né le 10 Octobre 1909 à Troki (Pologne)

**Les Colonies d'Assistance
Familiale d'Aliénés
en Pologne**

Président : M. L. TANON, Professeur.

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, rue Cujas, 17

PARIS (V°).

1937.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937.

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

SZLIOMA LIFSZYC

Né le 10 Octobre 1909 à Troki (Pologne)

Les Colonies d'Assistance Familiale d'Aliénés en Pologne

Président : M. L. TANON, Professeur.

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, rue Cujas, 17

PARIS (V°).

1937.

LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GREGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT
Clinique de la Tuberculose	BEZANCON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
Cardiologie clinique	LAUBRY
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON
	OLIVIER
	VERNE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgi-cale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgi-cale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART ..	Pathologie chirurgi-cale.
D'ALLAINES ..	Pathologie médicale.
DE GENNES	Physiologie.
GAYET	Histologie.
GIROUD	Pathologie médicale.
HAGUENAU	Oto-rhino-laryngolo-gie.
HALPHEN	Pharmacologie.
HAZARD	Anatomie pathologi-que.
HUGUENIN ...	Hygiène.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri ...	Obstétrique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expéri-mentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgi-cale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psy-chiâtrie.
MENEGAUX.....	Pathologie chirurgi-cale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgi-cale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologi-que.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi-cale.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgi-cale.
TROISIÈRE	Pathologie expéri-mentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgi-cale.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgi-cale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologi-que.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCC	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHIRAY		HEITZ-BOYER .	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ ...	
PASTEUR- VALLERY-		VELTER	
RADOT			
SEZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUENIOT			
LE LORIER			
LEVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE,

A MON PERE,

*Faible témoignage de ma tendre affection
à qui je dois tout, et qui ont fait de mon
éducation et instruction le but unique de
leur existence.*

A MES FRERES,

A TOUTE MA FAMILLE,

Meis et Amicis.

A MON PRESIDENT DE THESE,

M. LE PROFESSEUR L. TANON,

*Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris.
Conseiller technique du Ministère de Santé Publique.
Inspecteur Général des Services techniques d'Hygiène
de la Préfecture de Police,
Membre de l'Académie de Médecine,*

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la Présidence de cette thèse.
Hommage et profond respect.*

A M. LE DOCTEUR A. WIRSZUBSKI,

Directeur de l'Hôpital municipal israélite à Vilno,

*En remerciement pour l'aide qu'il nous a
apportée dans l'élaboration de ce travail.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS,

M. LE PROFESSEUR ABRAMI,
M. LE PROFESSEUR LEREBOULLET,
M. LE PROFESSEUR GUILLAIN,
M. LE PROFESSEUR GOUGEROT,
M. LE PROFESSEUR LEMIERRE,
M. LE DOCTEUR CATHALA,
M. LE PROFESSEUR TERRIEN,
M. LE PROFESSEUR MARION,
M. LE PROFESSEUR LEMAITRE,
M. LE PROFESSEUR CLAUDE,

Ce témoignage de reconnaissance.

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS,

INTRODUCTION.

La question de protection des aliénés a une importance non seulement au point de vue médical, mais aussi au point de vue social. Dans cette thèse nous ne nous occuperons pas de toute la question de protection des aliénés en Pologne, mais seulement d'une seule forme de cette protection qui est l'assistance familiale, ou placement de malades psychiques dans des familles hétérogènes. L'assistance familiale s'organise dans le xix^e siècle dans plusieurs pays de l'Europe et de l'Amérique. Dans la littérature médicale française on trouve très peu ou presque pas d'informations sur l'existence et l'organisation de l'assistance familiale en Pologne. En suivant nous-même, dans ces dernières années, l'évolution et l'organisation des colonies pour les aliénés en Pologne, nous allons étudier dans notre modeste travail leur création, évolution et organisation actuelle.

HISTORIQUE.

La folie est vraisemblablement contemporaine des premiers âges de l'humanité. Toutes les époques, toutes les sociétés ayant eu leur attention plus ou moins soutenue pour se protéger de leurs atteintes et pour les guérir. Déjà dans l'ancienne Grèce, les médecins examinaient les aliénés et leur donnaient des traitements. Au premier siècle après J.-C. on traitait les aliénés comme les autres malades, on les a placé parmi les contagieux et lépreux. Mais le Moyen-âge était le plus dur pour ces malades. On les a pris pour des sorciers et sorcières, torturés et souvent condamnés à mort.

Le premier asile en Europe a été fondé en 1409, en Espagne (Valence). En France, sous l'influence de Saint-Vincent-de-Paul sur l'opinion publique, le Parlement de Paris a décrété en 1660 « que tous les fous seraient reçus à l'Hôtel-Dieu ».

La première colonie pour les aliénés a été créée en Belgique à Gheel. D'après une légende, c'est au ^{vi}^e siècle, la fille d'un roi irlandais Nymphne vient se réfugier avec son confesseur à Gheel pour se soustraire aux obsessions de son père, qui voulait contracter avec elle une union incestueuse. Le roi a découvert la retraite

des fugitifs, ses soldats ont tué le vieux prêtre, tandis que sa fille a été décapitée par lui-même. De nombreux pèlerins vinrent pleurer à l'endroit où les deux martyrs sont morts. Des guérisons miraculeuses furent obtenues par eux. Sainte-Dymphne devint la patronne des aliénés et pendant des siècles des malades vinrent à Gheel pour y chercher leur guérison. Si la guérison ne survenait pas pendant les neuf jours, que chaque malade restait dans l'Eglise, on confiait certains malades à une famille des habitants de la localité, pour pouvoir continuer de se présenter à l'Eglise et prendre part aux prières dites à l'intention des aliénés.

De cette façon les habitants de Gheel ont pris l'habitude de vivre avec les aliénés, de devenir leurs nourriciers et protecteurs.

En 1852, après le rapport fait par Esquirol sur Gheel, cette colonie tombe sous le contrôle de l'Etat, qui la réorganise avec des lois et règlements qui sont devenus les bases de l'organisation d'assistance familiale dans divers pays.

L'ASSISTANCE FAMILIALE EN POLOGNE.

Deksznia.

La première colonie de l'assistance familiale pour des aliénés en Pologne a été créée à Deksznia. C'était un petit village qui comptait environ vingt-cinq familles, situé à cinquante kilomètres de Vilno. Les habitants de ce village vivaient en misère à cause du terrain peu fertile, et ils étaient obligés de chercher d'autres ressources. Ici les hommes travaillaient l'été dans les champs, l'hiver, ils cherchaient une autre occupation, tandis que les femmes recevaient des enfants, se donnant le métier de nourrices.

Au début de la deuxième moitié du xix^e siècle, on a placé la première malade aliénée à Deksznia. Dans quelle circonstance cette malade a été emmenée dans ce village, on ne saurait pas le dire. Il paraît que c'était une malade de Vilno qui a eu des parents à Deksznia chez qui elle était placée.

En 1900, le Docteur C. Szabad de Vilno a visité Deksznia, qui a trouvé dans ce village quatre ou cinq malades placés dans des familles différentes. Le Docteur Szabad indiquait dans un article qui est paru dans

la presse russe sous le titre de « Colonie des fous » les avantages des placements des aliénés dans l'assistance familiale et les conditions favorables pour ces placements que présente Deksznia.

En 1903, le Docteur Wirszubski de Vilno, a visité Deksznia pour la première fois. Depuis c'est lui qui s'est intéressé à cette colonie et c'est lui qui a toujours propagé et défendu l'idée de placement des aliénés dans l'assistance familiale. Depuis ce temps le nombre des aliénés a augmenté d'une façon progressive. Avant la guerre de 1914, leur chiffre a atteint deux cents environ. Le gouvernement russe ne s'intéressait guère à cette colonie, et toute l'évolution de cette dernière nous la devons à l'initiative privée. A cette période il n'y avait pas de contrôle médical régulier à Deksznia. Presque chaque habitant de la colonie avait quelques malades pensionnaires placés chez lui, qui pouvaient être admis, sans passer par une visite médicale préalable. Les frais de la pension étaient réglés directement entre le nourricier et les parents du malade. Quand la guerre de 1914 a éclaté, le gouvernement russe a ordonné le transfert des aliénés de Deksznia à Vilno. Mais jusqu'à la fin de la guerre on pouvait remarquer la présence de quatre à cinq malades, qui travaillaient dans les champs ou à la maison, et de ce fait, nourris par leurs protecteurs.

Après la guerre, le problème de placement des aliénés en Pologne est devenu très actuel. Le département de Vilno qui compte plus d'un million d'habitants, n'avait que 215 lits pour les malades mentaux. Deksznia

admettait de nouveau des malades dont le nombre a augmenté très vite. Ce mode de placement des aliénés dans l'assistance familiale, s'explique non seulement par le manque de places dans les établissements, mais aussi par l'importance du facteur économique. Or, à l'assistance familiale à Deksznia, les frais d'entretien des malades étaient de beaucoup moins chers, (30% — 60%) que les frais des établissements. Pendant la crise économique du pays, non seulement les personnes privées cherchaient une place moins chère pour leurs malades, mais même les communautés transportaient leurs malades à Deksznia.

En 1930, quelques protecteurs de Deksznia ont engagé par leur propre initiative le docteur Wirszubski de Vilno comme consultant de cette colonie. Le Docteur Wirszubski a visité une fois par mois Deksznia, a donné des indications d'ordre médical et sanitaire. C'est en cette même année, que le Service de Santé départemental de Vilno a envoyé pour la première fois une commission composée par le professeur Falkowki, Inspecteur du Service de Santé, le Docteur Blohuszewiez et le Docteur Wirszubski pour visiter la colonie. Deksznia a fait sur la commission une impression favorable, et depuis ce temps le Service de Santé prend la colonie sous son contrôle.

AUTRES COLONIES D'ASSISTANCE FAMILIALE EN POLOGNE.

Lejpuny.

En 1932 sous l'initiative du docteur Wirszubski, a été créé une colonie pour les aliénés dans un petit village, Lejpuny (6 kilomètres de Deksznia). Cette colonie n'est pas autonome, au point de vue surveillance médicale et organisation, elle est annexée à Deksznia.

Rudziszki.

Colonie créée en 1932 par le Docteur Rudzinski, Chef de Service de Santé à Vilno et le docteur Podwinski. C'est une colonie autonome avec un médecin et une infirmière qui habitent à Rudziszki.

Malakowszczyzna.

Colonie autonome créée en 1934. Possède une organisation analogue aux autres colonies d'Assistance familiale. Un médecin visite la colonie une fois par mois,

*
* *

En dehors de ce système d'assistance familiale qui se caractérise par la création des colonies indépendantes d'un établissement ou asile, il existe en Pologne (près de Varsovie et Bialystok) des colonies créées autour d'un asile et qui sont sous la surveillance médicale directe de cet asile ou établissement. L'organisation et le règlement de ces colonies est analogue aux colonies indépendantes (circulaire du 25 janv. 1934).

ORGANISATION DE L'ASSISTANCE FAMILIALE EN POLOGNE.

Après plusieurs visites des colonies d'assistance familiale pour des aliénés dans la région de Vilno par une commission spéciale sous la présidence du Professeur Rosé de Vilno, le Ministre d'Assistance sociale, le Docteur Hubicki a indiqué dans une circulaire détaillée du 25 janvier 1934, comment doivent être organisées ces colonies et leur surveillance médicale. On doit, dit la circulaire, qui voit dans l'assistance familiale certaines valeurs thérapeutiques, favoriser leur création et leur évolution. Chaque colonie doit avoir un comité, choisi par les protecteurs, membres de « l'Assistance familiale ». Les protecteurs ne doivent pas être payés pour l'entretien du malade, directement par la famille ou de la commune intéressée, mais par le comité de la colonie; de telle façon, le comité pourra exercer une pression, pour que les ordres du médecin de la colonie soient accomplis. Le nombre des malades dans une famille ne doit pas dépasser deux. La maison du nourricier doit être dans des conditions sanitaires et hygiéniques suffisantes.

Chez un nourricier on ne doit pas placer des malades du sexe différent.

Le médecin doit visiter au moins une fois toutes les deux semaines chaque malade. Pendant la visite médicale, le nourricier doit présenter un carnet spécial dans lequel doivent être marqué les observations du médecin concernant la façon dont le malade est soigné, remarques sur l'hygiène et les conditions sanitaires de la maison.

On doit interdire le placement des aliénés chez le nourricier qui prend plusieurs malades dans sa famille, qui ne s'accommode pas aux indications de la circulaire, qui n'a pas d'autres ressources matérielles, que le bénéfice tiré de ces pensionnaires, ou bien envisager envers lui les règlements des établissements d'après l'arrêté du Président de la République du 22 mars 1928, sur les établissements et maisons de santé.

Le système de l'Assistance familiale doit être régional, c'est-à-dire que chaque colonie doit recevoir des malades seulement de son département.

Ces règlements sont aussi valables pour l'Assistance familiale organisée par des asiles ou établissements pour des aliénés, et qui sont sous la surveillance directe de ces établissements.

ORGANISATION ACTUELLE DE L'ASSISTANCE FAMILIALE DANS LE DEPARTEMENT DE VILNO.

Chaque protecteur, qui reçoit des aliénés dans sa famille, est membre de « l'assistance familiale » de la colonie. Les membres de l'assistance familiale de chaque colonie autonome se réunissent une fois par an, pour élire un comité composé d'un président, secrétaire et un caissier. Le comité a pour devoir de remplir diverses fonctions administratives suivant l'indication du médecin qui habite, ou vient visiter régulièrement la colonie. En outre dans le département de Vilno, il existe une organisation du « Patronage familial départemental ». Selon le cinquième article du statut : « L'organisation a pour but la protection efficace des malades mentaux qui sont placés dans l'assistance familiale. Pour atteindre ce but, l'organisation doit :

a) Contrôler si les malades sont bien traités dans l'assistance familiale.

b) Organiser une protection générale sur les malades psychiques placés dans l'assistance familiale, en engageant des médecins, infirmiers, créer des pharmacies ou propharmacies, des établissements divers comme bains, maisons d'attractions, etc...

À l'heure actuelle le nombre des malades placés dans l'assistance familiale du département de Vilno dépasse 400. Deksznia et Rudziszki possèdent chacune, un médecin et une infirmière résidant dans chaque colonie. En outre un médecin en chef qui visite une fois par semaine chaque colonie. Pendant la visite médicale, chaque nourricier doit présenter le carnet de l'assistance familiale où sont notées les observations du médecin concernant la façon dont le malade est soigné.

Le nombre des malades placés dans une famille est de un à quatre. Certains malades sont employés dans les champs ou à la maison. Mais le plus grand nombre des malades ne travaille pas.

Dans les colonies du département de Vilno ,il n'y a pas encore d'infirmier, et en cas d'une crise de délire aigu ou d'une maladie grave d'un aliéné, on est obligé de l'envoyer à Vilno.

Les colonies sont mixtes, c'est-à-dire que dans chaque colonie on place hommes et femmes, mais chez des nourriciers différents. Les malades sont de diverses régions du pays.

REGLEMENTS D'ADMISSION DES MALADES DANS
L'ASSISTANCE FAMILIALE DU DEPARTEMENT
DE VILNO.

1. — Le malade ne peut être admis à l'assistance familiale qu'après avoir été en observation à l'hôpital des aliénés.

2. — Le malade ne peut être admis à l'assistance familiale qu'après une décision du médecin chef de la colonie.

3. — Pour transférer le malade à l'assistance familiale, l'hôpital devra produire un résumé de l'histoire de la maladie, d'après le schéma de l'assistance familiale, l'envoyer au médecin chef de l'assistance familiale et c'est lui qui indique l'endroit et la famille chez laquelle, le malade devra être hospitalisé.

4. — Dans les cas exceptionnels sur la présentation du certificat médical, les malades peuvent être admis à l'assistance familiale directement soit de maisons familiale, soit d'établissements spéciaux tels que : asile, prison, sans mise en observation préalable à l'hôpital.

5. — Dans ces cas, le médecin qui dirige le malade à l'assistance familiale, devra présenter au médecin en

chef de la colonie, toutes les données concernant le malade en remplissant un « questionnaire des malades de l'assistance familiale ».

En se basant sur ces données le médecin chef, décide l'admission, et indique l'endroit et la famille chez laquelle le malade devra être placé.

6. — Il ne faut pas admettre à l'assistance familiale des malades qui présentent :

a) Agitations prolongées ou attaques fréquentes d'agitations.

b) Tendance pathologique de bagarre, de provoquer de l'incendie, du vol, de l'excès génésique avec un état psychique normal en apparence.

c) Tendance au suicide.

d) Tendance au vagabondage, aux fugues.

e) Etat d'hébétéude.

f) Malades qui refusent continuellement de se nourrir.

g) Qui subissent des crises répétées d'épilepsie.

h) Malades malpropres physiquement et tarés qui nécessitent des soins hospitaliers.

Particulièrement doivent être admis à l'assistance familiale, les malades travailleurs.

CONSIDERATIONS GENERALES SUR L'ASSISTANCE FAMILIALE DES ALIENES.

Avantages :

Pour Esquirol le traitement des maladies psychiques : « consiste à changer radicalement le milieu dans lequel vit le malade, en le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs, en l'entourant d'étrangers, en changeant toute sa manière de vivre ». La colonie familiale réalise dans une certaine mesure cet isolement. Le malade est soustrait à toutes ses habitudes, il est éloigné du lieu qu'il habitait ordinairement, de ses amis, de ses serviteurs. En somme le malade est transplanté dans un milieu différent de celui dans lequel il nourrissait son délire. Outre la thérapeutique par la liberté, l'assistance familiale permet d'appliquer aux malades un traitement moral, qui sera la recherche des émotions des sentiments favorables, qui sont créés par le milieu familial.

Puisque l'assistance familiale possède une certaine valeur thérapeutique, y a-t-il des guérisons par ce mode de traitement ? Sur cette question nous ne pouvons pas répondre, que sous une réserve. En matière de maladie

mentale, le criterium de guérison est donné par l'aptitude à la réadaptation sociale. Or, un malade qui s'accommode à la vie familiale et y reste pendant un important laps de temps, travaille, nous pouvons le considérer comme guéri, « guérison sociale » ou amélioré.

En outre des avantages que présente l'assistance familiale aux malades, elle a une valeur importante pour l'assistance sociale du pays. Après le service de statistique de l'Etat, la Pologne comptait en 1934, 33.029.000 habitants. Le nombre des lits pour les malades psychiques dans les asiles et les établissements, dans la même année était de 14.764. De ces chiffres ressort qu'en Pologne il y avait en 1934 pour un lit 2.237 habitants.

Si l'on considère que sur 1.000 habitants il y a trois malades psychiques, et que sur ces trois, un au moins a besoin d'un internement ou d'un séjour dans un établissement spécial, on voit que le nombre des lits dans les asiles et établissements pour les maladies mentales en Pologne est fortement insuffisant. L'assistance familiale apporte ici un lieu de dérivation très important pour des malades « déments chroniques ».

Inconvénients de l'assistance familiale :

L'assistance familiale présente des inconvénients assez importants soit pour les malades mêmes, soit pour la population de la colonie.

Inconvénients pour les malades.

D'abord il faut noter l'inconvénient qui résulte de la liberté même donnée aux malades. Dans l'assistance familiale, on note souvent des évasions, des fugues, des poussées érotiques, l'exhibitionisme. Dans la colonie le malade peut beaucoup plus facilement accomplir un suicide ou un crime que dans un asile fermé. En outre, il faut remarquer la possibilité d'exploiter certains malades, soit par leur travail fourni, soit par la nourriture insuffisante.

Inconvénients pour la population.

La présence des aliénés dans la localité présente pour la population des inconvénients assez importants. D'abord il faut noter la possibilité d'un crime ou incendie (Incendie à Deksznia provoqué par un aliéné). Attentats à la pudeur très fréquents dans les colonies des aliénés. Influence néfaste sur les enfants de la localité par la présence de certaines catégories de malades. Contagion possible du nourricier ou de sa famille par des malades qui présentent des lésions organiques contagieuses, notamment la tuberculose et la syphilis.

Enfin on note dans des colonies des aliénés une réaction assez nette de la population vers la paresse, causée par les bénéfices rapportés par l'entretien et le travail de leurs pensionnaires.

ORGANISATION DE L'ASSISTANCE FAMILIALE DANS DIVERS PAYS.

BELGIQUE.

La plupart des colonies pour les aliénés dans divers pays ont une organisation plus ou moins analogue à l'organisation des colonies belges, Gheel et Lierneux. Les principaux points du système belge sont les suivants :

1. — Ce sont des colonies mixtes, hommes et femmes qui sont assistés dans les mêmes localités, mais placés chez les nourriciers différents.

2. — Les malades sont reçus directement sans passer par un asile fermé.

3. — Chaque colonie possède une infirmerie qui sert à recevoir :

a) Les malades qui arrivent et qui sont mis à l'observation pendant quelques jours, avant d'être placés dans les familles.

b) Ceux qui sont atteints d'affections intercurrentes graves.

c) Ceux qui par leur insubordination, leur violence, leur excentricité se sont révélés inaptes à bénéficier du placement familial.

4. — La surveillance est exercée par :

a) Le médecin directeur, le personnel médical, les infirmiers, les nourriciers et autres habitants du pays.

b) Par la commission supérieure composée du Gouverneur de la province, Président, du Procureur du Roi de l'arrondissement, du Juge de Paix du canton, du Bourgmestre de la commune, d'un médecin désigné par le Gouvernement. Cette commission s'occupe de toutes les questions administratives.

c) Par un comité permanent d'inspection et de surveillance composé de cinq membres nommés par le Ministre de la Justice, ayant le Bourgmestre pour Président. Chargé de recevoir et de payer les frais d'entretien et de pension, de faire exécuter les lois, arrêts, etc...

Les caractères essentiels du système belge sont :

1^o) La non dispersion des malades dans tout le pays, mais leur concentration sur une région limitée, sous forme de colonies.

2^o) Le placement direct du plus grand nombre de malades, sans passage préalable dans un asile.

ÉCOSSE.

L'assistance familiale pratiquée en Ecosse depuis 1860, repose sur un système très différent de celui que

nous avons vu en Belgique. Dans ce pays, ce qui fait l'originalité du placement familial, c'est que les malades sont répartis sur toute l'Ecosse, ils ne forment nulle part des agglomérations pouvant être considérées comme de véritables colonies semblables à Gheel.

Le rapport des commissionnaires fait remarquer les inconvénients qui résultent de l'agglomération des malades au-dessus de trente dans certaines localités. Un grand nombre d'aliénés dans une petite localité présente les mêmes inconvénients que l'asile.

Il n'existe pas en Ecosse d'infirmierie centrale. Quand un malade s'agite, il est réintégré à l'asile. Les colonies sont mixtes, mais on n'autorise pas un nourricier à avoir simultanément comme pensionnaires chez lui des hommes et des femmes. Le nombre de malades dans une maison et sous la garde d'un nourricier, ne doit pas dépasser quatre. Chacun de ces malades ainsi placé est examiné deux fois par an par le commissionnaire, médecin du Général Board of Lunacy, dont le service spécial consiste à visiter les aliénés dans les établissements particuliers. Ils doivent aussi recevoir en cas de nécessité des soins d'un médecin de la localité. A chaque visite faite par l'inspecteur, le nourricier doit présenter un carnet sur lequel sont marquées les observations concernant la façon dont le malade est soigné et la manière dont le nourricier a rempli ses devoirs. Ce carnet est montré au commissionnaire en tournée, lequel fait un rapport sur chaque malade qu'il envoie au Général Board of Lunacy, qui décide s'il doit faire droit aux réclamations présentées, en demandant un changement

dans le traitement du malade, changement de résidence et de nourricier.

Le Général Board of Luncy est constitué par un Président et deux commissaires légaux bénévoles, deux commissaires médecins inspecteurs payés, deux médecins vice-commissaires, qui ne sont pas membres du General Board, dont la mission spéciale est de visiter les aliénés dans les habitations privées, qui leur sont assignées.

FRANCE.

Dun-sur-Auron.

En 1892, sur le rapport de E. Deschamps, conseiller général de la Seine et sur l'inspiration du Docteur Marie, le Conseil général de la Seine décida d'envoyer à Dun-sur-Auron cent malades femmes démentes séniles, pour être placées dans les familles de la localité à titre d'essai. L'expérience a réussi et actuellement la colonie est en pleine prospérité. En 1931, Dun comptait 1213 malades femmes qui sont placées à Dun, qui est le siège central et dans divers villages annexes. La surveillance médicale est assurée par le médecin-directeur, médecin en chef et trois assistants. Les visites sont réglées de façon que le médecin puisse voir tous les placements une fois par semaine. Le passage du médecin ou du surveillant est noté sur un carnet spécial du nourricier. Les malades profitent d'une vie libre mais surveillée. Le plus grand nombre des malades placé à Dun tra-

vaille, soit au compte de la colonie, soit chez des particuliers, soit chez elles, le plus souvent à la couture. La colonie possède une bibliothèque pour les malades, salle de réunions, salle de fêtes, un établissement de bains. En outre il y a une infirmerie centrale, un laboratoire et une salle d'autopsie.

Ainy-le-Château.

La deuxième colonie en France après Dun, est Ainy-le-Château qui est réservée pour hommes. Colonie d'abord annexe de Dun, puis en 1900 devient autonome. L'organisation d'Ainy-le-Château est analogue à celle de Dun.

RUSSIE.

L'assistance familiale en Russie s'est développée particulièrement après le Congrès des Psychiâtres russes en 1887, où le Professeur Korsakof a propagé l'idée de placement des aliénés dans l'assistance familiale. En 1888, fut créé la première colonie à Riga. Après en 1893, à Ekaterineslav et en 1898 à Nijni-Novgorod. En 1900, le Docteur Bagenof a fondé l'assistance familiale de Moscou.

Chaque nourricier avait en général deux malades.

A Ekaterineslav, les nourriciers venaient choisir leurs pensionnaires à l'asile, où ils pouvaient s'arranger avec le malade, demander des détails chez le surveillant. Chaque colonie était munie d'une infirmerie, des

surveillants et gardiens qui habitaient la colonie. Un médecin visitait une fois par semaine la colonie. Avant la révolution soviétique 14% des aliénés en Russie ont été placés dans l'assistance familiale.

ALLEMAGNE.

L'assistance familiale a été pratiquée à Ellen depuis le ^{xvii}^e siècle. A la fin du ^{xix}^e siècle, plusieurs colonies ont été créées dans diverses régions de l'Allemagne. La colonie de Wilhelmseich, habitée par des infirmiers, où chaque ménage reçoit six malades déments chroniques comme pensionnaires. En 1876, on a introduit en Allemagne, grâce à Koeppe et Poetz le système de l'opendoor ou asile colonie. L'établissement d'Alt-Scherbitz représente l'asile-colonie type. Le caractèreistique de ce système est l'union intime d'un petit établissement et d'une grande colonie libre. En outre il existe en Allemagne des colonies agricoles. Femmes et hommes sont placés dans des colonies distinctes, et sont employés à des travaux agricoles.

ITALIE.

L'assistance familiale est peu développée en Italie. En 1898, on a fondé une colonie autour de l'asile Reggio-Emilio. Les malades sont confiés aux familles d'infirmiers qui habitent près de l'asile.

SUÈDE.

En Suède, l'assistance familiale existait depuis longtemps. Les colonies les plus importantes sont Korsberg et Vadstena, qui depuis 1901 sont sous le contrôle de l'Etat.

SUISSE.

En Suisse la prophylaxie mentale est très développée. Chaque asile est pourvu d'une « Société de Patronage » dont le rôle est de :

a) Créer et développer l'assistance familiale pour des malades inoffensifs.

b) Venir en aide aux malades guéris. La première colonie organisée par la « Société de Patronage » date de 1901 dans le Canton de Vaud.

ÉTATS-UNIS.

L'assistance familiale d'aliénés aux Etats-Unis existe depuis 1885, après un rapport favorable du Docteur Stedman sur ce mode de placement d'aliénés. L'organisation de l'assistance familiale dans ce pays se rapproche de celle de l'Ecosse.

Dernièrement on note la fondation d'une colonie d'assistance familiale en Uruguay.

CONCLUSION.

1. — L'assistance familiale d'aliénés en Pologne existe depuis le début de la deuxième moitié du XIX^e siècle.

2. — L'importance des causes économiques dans la création et l'évolution de l'assistance familiale en Pologne, dont les principaux facteurs sont :

a) Insuffisance de places dans les établissements et asiles pour les aliénés.

b) Frais d'entretien de malades de beaucoup moins élevés dans l'assistance familiale.

3. — L'organisation des colonies de l'assistance familiale en Pologne se rapproche du système belge.

Elle a été réglée par la circulaire du Ministre de l'Assistance Sociale du 25 janvier 1934.

4. — Avantages de l'assistance familiale :

a) Pour les aliénés :
Contact avec la vie quotidienne.
Liberté relative.

b) Pour la population :

Ressources économiques importante.

Utilité de certains malades par leur travail.

c) Pour l'assistance sociale départementale :

Lieu de dérivation pour des malades « déments chroniques ».

5. — Inconvénients de l'assistance familiale :

a) Pour les malades :

Possibilité de : évasion, fugue, suicide, crime.

Exploitation de leur travail.

b) Pour la population.

Attentats à la pudeur, actes délictueux.

Réaction vers la paresse.

Contagion possible (tuberculose, syphilis).

6. — Il est donc nécessaire d'avoir en plus dans chaque colonie d'assistance familiale une infirmerie qui permettra de :

Mettre certains malades à l'observation, soit en raison de leur état mental, soit en raison d'une maladie intercurrente, et qui permettra ensuite de prendre des mesures prophylactiques contre ceux qui présentent un danger quelconque de contagion.

Vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*

L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE.

- BOBE. — Les colonies familiales d'aliénés, assistance et réglementation. Thèse de Paris 1933.
- ESQUIROL. — Les maladies mentales 1838.
- FABRE. — Le placement familial d'aliénés. Thèse Lyon 1920.
- FERE. — L'assistance des aliénés dans les maisons privées en Ecosse. R. sc. 1888.
- GALLUS. — Nowiny psychiatryczne. 1935.
- GAUDEUL. — Contribution aux recherches sur l'hygiène mentale.
L'organisation psychiatrique pénitentiaire en Belgique et en Alsace-Lorraine. Thèse Strasbourg 1922.
- JANKOWSKA. — Nowiny psychiatryczne. 1934.
- KERAVAL. — Les aliénés hors des asiles publics et privés, colonies d'aliénés, système familial. Congrès international d'assistance.
- KONRAD. — Weiterentwicklung des familiaeren Verpflegung des Kranksinnigen in Deutschland.
- LAPINSKI. — Nowiny psychiatryczne. 1935.
- LUNIEWSKI. — Nowiny psychiatryczne. 1935.
- PODWINSKI. — Nowiny psychiatryczne. 1934.

PETERS. — La situation actuelle du patronage familial
(Société de médecine mentale de Belgique 1888).

MARIE. — De l'assistance des aliénés chroniques par
la colonisation. Congrès des aliénistes. Toulouse
1897.

RODIET. — Histoire de l'assistance familiale aux alié-
nés inoffensifs dans les pays d'Europe.

R. Médicale de Normandie 1910.

WIRSZUBSKI. — Rapport du Congrès des psychiatres
russes en 1910.

— Matériaux concernant de l'assistance des mala-
des de la province de Vilno. Rapports du deuxième
congrès des Psychiatres russes. 1904.

— Opieka rodzinna nad Umysłowo — chorymi w
Wilenszczyźnie. Nowiny Lekarskie N° 2.
